

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1960

THÈSE

N°

875

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

René LEMAIRE

né le 6 Janvier 1934 à COURBEVOIE (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES KYSTES MESENTERIQUES
ET MESOCOLIQUES ; RUPTURE TRAUMATIQUE

Président : Mr MOULONGUET - DOLERIS, Professeur

ÉDITIONS A. G. H. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V^e

1960

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1960

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

René LEMAIRE

né le 6 Janvier 1934 à COURBEVOIE (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES KYSTES MESENTERIQUES
ET MESOCOLIQUES ; RUPTURE TRAUMATIQUE

Président : Mr MOULONGUET - DOLERIS, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

18-1-60

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

ASSEESSEUR. Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
» (Prof ^r à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
» (Prof ^r à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
» (Prof ^r à titre personnel)	BOURLIERE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
	Beaujon SICARD (A.)
	Cochin QUÉNU (J.)
Cliniques chirurgicales	Hôtel-Dieu PATEL (J.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
	Salpêtrière MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broussais)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE (T.)
	Bouicau LENÈGRE (J.)
	Broussais SOULIÉ (P.)
Cliniques médicales	Cochin JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
	Pitié DREYFUS (G.)
	St-Antoine KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque LACOMME (M.)
	Foch (Suresnes) MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENNARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SÉNÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	SEZE (S. de)
Histologie	VERNE (J.)

Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	MM.
Hygiène et médecine préventive	TURPIN (R.)
— (Prof ^r à titre personnel)	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DEPARIS (M.)
Médecine légale	DESOILLE (H.)
Parasitologie	PIÉDELIEVRE (R.)
Pathologie chirurgicale	GALLIARD (H.)
Pathologie exotique	COUVELAIRE (R.)
Pathologie expérimentale et comparée	LAVIER (G.)
Pathologie médicale	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie et thérapeutique générales	MILLIEZ (P.)
Pharmacologie	GARCIN (R.)
» (Prof ^r à titre personnel)	CHEYMOL (J.)
Physiologie	LÉVY (Mlle J.)
» (Prof ^r à titre personnel)	BINET (L.)
Physique médicale	BARGETON (D.)
» » (Prof ^r à titre personnel)	DOGNON (A.)
Radiologie médicale	DJOURNO (A.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	DESGREZ (H.)
Thérapeutique	LÉGER (L.)
	BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	{ CABROL (G.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.) GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.) pr. s. ch.	Orthopédie	{ JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	{ BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)	Parasitologie	{ BRUMPT (L.C.), pr. s. ch. CHABAUD (A.)
Bactériologie	{ NÉVOT (A.) pr. s. ch. BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)		{ BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.) agr. per. LORTAT-JACOB (J.-L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONDSKI (J.), m. conf.	Pathologie chirurgicale	
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)		
Carcinologie	{ DENOIX (P.) MATHE (G.)	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)	Pathologie expérimentale	{ CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LEPER (J.) MAURICE (J.) RICHT (G.)
Electro-Radiologie	LÉDOUX-LEBARD (G.)		
Embryologie	{ TUCHMANN-DUPLESSIS (H.), pr. s. ch.		{ AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (G.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROUCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) m. conf. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Hématologie	{ BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)		
Histologie	{ COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Hydrologie	CORNET (A.)		
Hygiène	{ BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (M ^{me} L.)		
Maladies infectieuses	{ BASTIN (R.) DUPONT (V.) DEROBERT (L.), pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)		
Médecine légale			
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)		
Neurologie	LHERMITTE (F.)		
	{ GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)		
Obstétrique			
Ophtalmologie	{ BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)		

	MM.		MM.
Pédiatrie-Puériculture. . .	JOSEPH (R.)	Pneumo phtisiologie . . .	KREIS (B.)
	MANDE (R.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
	NOZZICONACCI (P.)	Psychiatrie infantile. . . .	DUCHÉ (D.)
	POLONOVSKI (G.)	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Pharmacologie.	ROSSIER (A.)	Stomatologie.	CERNÉA (P.)
	BOISSIER (J.)		CHAPUT (A.), m. c. agr
Physiologie	LECHAT (P.)		GRELLET (M.)
	PARROT (J.), pr. s. ch.	Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
Physique médicale	DEJOURS (P.)		LAMOTTE (M.)
	GOUGEROT (L.), m. conf.	Urologie	QUENU (L.)
	pr. s. ch.		
	KELLERSHOHN		

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE	Clinique obstétricale . . .	GRASSET (J.)
Clinique chirurgicale . . .	ABOULKER (P.)		LEPAGE (F.)
	AMELINE (A.), pr. s. ch.		MAYER (M.)
	HUGUIER (J.)		RAVINA (J.)
	OLIVIER (G.)	Clinique ophtalmologique	DESIGNES (P.)
	PADOVANI (P.)		OFFRET (G.)
	POILLEUX (F.)	Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
	ROUX (M.)		
Clinique médicale.	VERNE (J.-M.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
	BOUDIN (G.)	Clinique psychiatrique. . .	BARUK (H.)
	CONTE (M.)		KUSS (R.)
	DOMART (A.)	Clinique urologique . . .	
	PERRAULT (M.)	Médecine légale	GAULTIER
	RAMBERT (P.)		
	THIEFFRY (S.)		
	TURIAF (J.)		

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie.	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Biochimie médicale.	ETTORI (J.) Pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.
Secrétaire général de la Faculté . . .	M. LENA (J.)
Secrétaires.	M ^{me} BEURLAND (H.), M ^{lle} CHAINTREUIL (G.), M ^{lle} HURÉ (A.)
Conservateur en Chef	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Milles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)
Bibliothécaires.	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
	Milles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Père

A ma Mère

A ma Femme

A mon Fils

A tous les Miens

A tous ceux de l'Hôpital de Guéret

Au Professeur P. MOULONGUET-DOLERIS

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la prési-
dence de notre thèse.

Hommage reconnaissant.

Au Docteur R. BOLO

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Chirurgien de l'Hôpital de Guéret.

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse. Il nous
a éclairé de ses précieux conseils. Il a fait preuve
vers nous d'une constante amabilité.

Profonde reconnaissance.

I N T R O D U C T I O N .

La rareté du kyste mésentérique ou mésocolique est admise par tous les auteurs, ainsi que la difficulté d'un diagnostic pré-opératoire exact.

La rupture traumatique d'un tel kyste est encore plus exceptionnelle, mais, cependant, existe. En dehors de notre observation personnelle, nous avons découvert, dans la littérature médicale, deux observations étrangères.

Nous avons pensé qu'il était intéressant, avant d'aborder l'étude de la rupture traumatique, de faire un rappel anatomique et embryologique du méso-intestinal, et de passer rapidement en revue la pathologie générale des kystes mésentériques et mésocoliques.

DEVELOPPEMENT EMBRYOLOGIQUE

DU TUBE DIGESTIF ET DU MESENTERE PRIMITIF

A - LE TUBE DIGESTIF PRIMITIF

Le tube digestif primitif, constitué essentiellement d'un tube entoblastique doublé d'un tube mésoblastique, communique avec l'allantoïde et la vésicule ombilicale par le canal vitellin. Il présente, au cours de son évolution, les transformations suivantes :

1 - Estomac

Un renflement du tube digestif apparaît. Sa paroi postérieure s'accroît rapidement (grande courbure) et tourne autour d'un axe sagittal, de 90° pour venir se placer à gauche.

2 - Intestin

La partie du tube, sous-jacente à l'estomac subit un allongement très important, et forme une anse à convexité ventrale centrée sur le canal vitellin.

Nous pouvons donc distinguer une portion pré-vitelline et une portion post-vitelline.

Cette anse effectue une rotation autour du canal vitellin, dans le sens anti-horaire quand on regarde l'embryon de face, telle que la portion post-vitelline, qui porte l'ébauche coecale passe en avant et vient se placer dans le flanc droit.

La portion pré-vitelline est demeurée à peu près médiane. Elle subit un accroissement considérable, constituant plusieurs anses et donnera finalement la presque totalité du grêle.

Quant à la portion post-vitelline, elle donnera le grêle terminal, les colons droit, transverse, et descendant, le sigmoïde et le rectum.

Le canal vitellin, normalement, régresse tôt, et disparaît complètement. Cependant, chez environ 20 % des adultes, la partie attenante à l'intestin persiste sous forme d'un diverticule, le diverticule de MECKEL, qui peut-être plus tard le siège d'accidents analogues à ceux que présente l'appendice. Il est situé sur la dernière partie de l'iléon, à environ 40 cm. de la valvule iléo-caecale.

B - LE MESENTERE PRIMITIF

Le mésentère primitif se constitue ainsi :

Le feuillet mésoblastique de l'embryon donne, entre autre, la lame latérale qui, en se clivant, constitue la cavité coelomique.

Celle-ci, est ainsi limitée en dedans par le feuillet accolé à l'entoblaste, appelé splanchnopleure, et en dehors par le feuillet accolé à l'ectoblaste, la somatopleure.

Continuant leur croissance, les viscères, et en particulier l'intestin, vont faire saillie dans la cavité coelomique, coiffés de la splanchnopleure.

Ils se retrouvent finalement suspendus à la paroi dorsale de l'embryon, par les 2 feuillets splanchnopleuraux symétriques, qui se rapprochant, vont constituer les mésos.

L'insertion dorsale du mésentère primitif devenant de plus en plus étroite, nous arrivons à un stade où le mésentère présente l'aspect d'un rideau tendu dans le plan sagittal.

Il n'y a que le pharynx et la partie supérieure de l'oesophage qui n'aient pas de mésentère.

On divise, à ce stade, en allant de la partie céphalique à la partie caudale de l'embryon le mésentère en :

- mésogastre dorsal -
- mésoduodénum
- mésentère commun
- mésocolon.

Le mésogastre dorsal, lors de la rotation vers la gauche de la grande courbure, constitue un sac appelé cavité des épiploons.

Le bord libre de ce repli, par suite d'une bascule à droite de l'estomac, de vertical devient horizontal. Nous avons ainsi un sac, aplati d'avant en arrière, le grand épiploon, dont la cavité s'appelle cavité épiploïque.

Ce grand épiploon continue de s'allonger, passant devant le colon transverse et les anses grêles.

Plus tard, son feuillet postérieur se soude au mésocolon transverse et au colon lui-même. Dans les premières années de l'enfance, les 2 feuillets du grand épiploon s'accolent et oblitèrent la cavité épiploïque. Il reste l'arrière cavité des épiploons qui s'arrête donc au colon transverse.

Le mésoduodénum se trouve déjeté à droite par suite de la rotation de l'estomac et s'accole très vite au péritoine de la paroi abdominale postérieure.

Le mésentère primitif suit fidèlement l'allongement de l'anse intestinale primitive. Lors de la rotation anti-horaire de cette anse, qui amène la presque totalité de la portion post-vitelline dans le flanc droit, le mésentère commun subit une torsion qui lui donne grossièrement la forme d'un cône, dont le sommet correspond à un point très voisin de l'origine de l'artère mésentérique supérieure. Son insertion primitive sagittale devient donc semi-annulaire.

Le mésentère, ainsi libre et flottant va secondairement être le siège de différentes adhérences, qui vont l'amener à son aspect définitif :

- une adhérence linéaire, suivant grossièrement le trajet de l'artère mésentérique supérieure se crée entre la paroi postérieure de la cavité abdominale et le mésentère primitif, donnant ainsi la racine du mésentère proprement dit.

Son bord intestinal, dessinant les replis qui correspondent aux anses intestinales reste, à l'état normal, absolument libre et flottant.

- Les mésos respectifs du colon ascendant et du colon descendant s'accolent au péritoine pariétal de la paroi postérieure de l'abdomen, fixant ces deux portions intestinales, ainsi que les angles droit et gauche.

Notons que le caecum et l'appendice restent libres.

- Le méso du colon transverse s'accole au duodénum et au pancréas, donnant une nouvelle insertion, mais ne fixant pas cette portion du colon.

Le mésentère de la partie terminale de l'intestin garde approximativement son insertion sagittale primitive

Après avoir suivi rapidement l'évolution embryologique du mésentère, dans ses grandes lignes, nous allons maintenant décrire rapidement sa forme définitive.

ANATOMIE DU MESENTERE

ET DES MESOCOLONS

L'étude de l'évolution du mésentère primitif nous a amenés à comprendre et à décrire sa topographie définitive. Ce mésentère primitif a donné le mésentère proprement dit, et les mésocolons.

Désormais, le nom mésentère désigne uniquement le méso du grêle.

I - LE MESENTERE

A - DESCRIPTION

Ses insertions :

- l'une, pariétale, mesurant de 15 à 18 cm. Elle décrit un segment oblique en bas et à droite, partant sur la ligne médiane, d'un point situé en dedans de l'angle duodéno-jéjunal, vers la fosse iliaque droite, et se terminant à l'angle iléo-colique.

Cette insertion pariétale passe, très près de son origine supérieure par l'émergence des vaisseaux mésentériques. Elle croise, de haut en bas, successivement, le pancréas, la 3ème portion du duodénum, la veine cave inférieure, l'uretère, et les vaisseaux spermaticques ou utéro-ovariens.

- L'autre, intestinale, mesurant environ 6 mètres 50, sinueuse selon les anses. Le long de cette insertion, les 2 feuillets s'écartent, et engainent l'intestin grêle.

- Les 2 faces du mésentère présentent un nombre de replis égal au nombre d'anses intestinales.

- La hauteur du mésentère (distance entre les 2 insertions) oscille entre 10 et 15 cm.

- L'épaisseur varie suivant le contenu.

B - ELEMENTS COMPRIS ENTRE LES 2 FEUILLETS DU MESENTERE.

1 - L'artère mésentérique supérieure, avec ses branches intestinales, et leurs arcades (en général 3 séries d'arcades successives, la première se trouvant à une certaine distance de l'intestin).

2 - La grande veine mésentérique et ses branches, satellites des artères intestinales,

3 - Des ganglions lymphatiques, des vaisseaux chylifères, et des canaux lymphatiques.

4 - Le plexus mésentérique supérieur, et de la graisse. D'autre part, il existe à la partie inférieure du mésentère, une zone avasculaire, visible immédiatement, circonscrite par l'anse d'anastomose entre la terminaison de la mésentérique supérieure et de l'artère iléo-colique.

II - LES MESO-COLONS.

=====

A - PERITOINE DU CAECUM ET DE L'APPENDICE.

Ce péritoine tapisse le coecum et l'appendice comme tout le reste du tube digestif, tout en les laissant libres dans la cavité abdominale dans la majorité des cas.

Dans le méso-caecum chemine l'artère iléo-colique qui donne ses branches caecale antérieure et caecale postérieure.

Dans le méso-appendice chemine l'artère appendiculaire née le plus souvent de la caecale postérieure, parfois de l'artère iléo-colique.

On trouve aussi, dans le méso caeco-appendiculaire des veines, des lymphatiques, et des nerfs.

B - MESO-COLON ASCENDANT

On ne distingue plus de méso-colon ascendant car, en effet, le feuillet postérieur s'est accolé étroitement au péritoine pariétal, amenant ainsi la formation d'un fascia d'accolement, le fascia de Toldt. Donc, le colon ascendant, adhérent à la paroi postérieure y est appliqué étroitement par le feuillet antérieur du méso-colon.

C - MESO-COLON TRANSVERSE

Dans sa partie fixe (angle droit, et colon jusqu'au 2ème duodénum) le méso, large et court, est très difficile à individualiser.

A partir du 2ème duodénum, le méso s'allonge (10 à 15 cms.) pour diminuer de nouveau à l'angle gauche, et se continuer à ce niveau avec le ligament phrénico-colique gauche :

Son attache pariétale, croise le 2ème duodénum, la tête du pancréas, suit le bord inférieur de celui-ci et se termine sur le diaphragme, sous la rate (ligament phrénico-colique gauche).

Sa face supérieure répond à l'arrière cavité des épiploons par l'intermédiaire du mésogastre postérieur auquel elle est accolée.

Sa face inférieure repose sur les anses grêles.

D - MESOCOLON DESCENDANT.

Dans la plupart des cas, comme pour le colon ascendant, le méso est devenu inexistant, par l'accolement du feuillet postérieur du méso au péritoine pariétal (d'où la création d'un fascia analogue au fascia de Tolât).

Cependant, dans 1 cas sur 6 environ, d'après Rouvière, il persiste un court méso, et il ne se produit pas de fascia d'accolement.

E - MESOCOLON PELVIEN.

Il existe, nous l'avons vu, un mésocolon pelvien.

Son attache pariétale, est en forme de V renversé : une branche est sagittale et verticale, l'autre oblique en bas et à gauche.

La hauteur du mésocolon pelvien varie suivant la longueur du colon pelvien, et dans le même sens. En moyenne, il mesure dans sa plus grande hauteur, qui se trouve à sa partie moyenne, une quinzaine de centimètres.

L'artère mésentérique inférieure longe la branche verticale de l'attache pariétale. Le segment oblique contient l'artère sigmoïde supérieure.

Le mésocolon pelvien s'arrête à la partie supérieure du rectum et le péritoine continue sur ses faces antérieure et latérales et se réfléchit ensuite pour recouvrir les organes environnants.

Éléments contenus dans les mésocolons.

- Artères :

1 - Les artères coliques droites supérieure, moyenne et inférieure, branches de l'artère mésentérique supérieure.

2 - Des branches de l'artère mésentérique inférieure ; les artères coliques gauches supérieure et inférieure, qui se termine elle-même en 3 artères sigmoïdes.

Les artères coliques droites et gauches sont contenues dans les mésocolons droit et gauche.

Les artères sigmoïdes sont dans le mésocolon iléo-pelvien.

Le mésocolon transverse contient, le long de l'intestin, l'arcade de Riolan, anastomose entre les artères coliques supérieures droite et gauche. Il existe inconstamment, dans sa partie moyenne, une "artère du colon transverse".

Chaque artère colique, ou sigmoïde se divise, à proximité de l'intestin en 2 branches qui s'écartent, et s'anastomose avec les voisines, créant ainsi une arcade para-colique (arcade de Riolan dans le mésocolon transverse).

De cette arcade para-colique partent des vaisseaux droits qui vont irriguer les 2 faces du colon.

- Autres éléments :

Il existe, bien entendu, dans les mésocolons, des veines satellites des artères, des lymphatiques, et des nerfs.

HISTOLOGIE

Le péritoine comprend un épithélium constitué par une couche de cellules aplaties formant un revêtement continu dont l'origine mésoblastique explique qu'elles puissent se transformer à l'occasion en histiocytes mobiles et phagocytaires.

Cet épithélium repose sur un chorion riche en vaisseaux sanguins, lymphatiques, et en terminaisons nerveuses, soit libres, soit de type Meissner et Pacini.

Nous avons terminé la description du mésentère et des mésocolons à l'état normal, et nous allons étudier maintenant certaines formations tumorales, les kystes mésentériques.

—:—:—:—:—:—:—

KYSTES MESENTERIQUES

ET MESOCOLIQUES

- DEFINITION
- CLINIQUE
- EVOLUTION
- TRAITEMENT

DEFINITION DES KYSTES

MESENTERIQUES ET MESOCOLIQUES

Depuis Péan, on désigne ainsi tout kyste développé entre les 2 feuillets séreux du mésentère.

On les observe à tous les âges (5 semaines, 80 ans) mais la plus grande fréquence de découverte semble se voir dans l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte vers son début.

Nous éliminerons de notre étude les kystes parasitaires, et les kystes venant d'organes voisins et s'entourant de mésentère secondairement.

Nous choisirons la classification des kystes selon le tissu embryologique d'origine.

On distingue :

1 - Les kystes d'origine mésodermique.

Ce sont les lymphangiomes kystiques. Selon les auteurs, on les considère ou bien comme une malformation congénitale (RITTER et KLEMM) ou bien comme le résultat de la dégénérescence d'un ganglion, ou enfin comme l'aboutissement d'une thrombose inflammatoire lymphatique entraînant une dilatation secondaire des vaisseaux (TILGER). Ils renferment, le plus souvent, un liquide chyleux, lactescent, riche en graisses, ou quelquefois un liquide séreux (notons bien que les kystes contenant un liquide chyleux ne sont pas forcément des lymphangiomes, comme nous le verrons d'ailleurs dans notre observation).

Ils sont très souvent multiloculaires, parfois multiples. Les hémangiomes, kystes contenant un liquide sanguin, seraient en fait des artéfacts, résultant soit d'hématomes traumatiques secondairement organisés, soit de l'hémorragie intra-kystique dans un kyste séreux pré-existant.

2 - Kyste d'origine endodermique.

Ce sont les kystes entéroïdes, ou entéro-kystomes, généralement uniloculaires. L'examen anatomo-pathologique montre un tissu d'aspect intestinal très souvent Meckelien.

Pour Tenier et Lecène, ces kystes se forment aux dépens du canal omphalo mésentérique.

Mais la majorité des auteurs admet la formation par inclusion fœtale d'une partie de l'intestin dans le mésentère, qui ensuite s'isole complètement de son origine et constitue un kyste (Théorie de l'inclusion fœtale de Benetre). En effet, contre la théorie omphalo-mésentérique plaident les faits suivants : si l'on trouve bien la plupart des kystes vers la fin du grêle, on en a signalé de très hauts, près du duodénum, et un très bas, para-rectal (A. RICARD et R. GIGNOUX). Et d'autre part, si le type histologique Meckelien est le plus courant, on en a signalé de type colique, et même oesophagien, exceptionnellement gastrique (H. BERG et W. CH. HECKER).

3 - Kystes d'origine ectodermique.

Ce sont les kystes dermoïdes, de siège classiquement plus fréquent dans le mésentère que dans les mésocolons. Ces kystes, en général uniloculaires contiennent des poils, de la graisse, des fragments dentaires, etc....

- Ils sont, selon l'opinion prévalente, plus facilement extirpables que les autres kystes.

4 - Kystes dérivant des 3 tissus.

Ce sont les tératomes, ou embryomes kystiques.

Dans un cas rapporté par AHRENS, le kyste contenait un estomac avec 2 ulcères, et 20 cms d'intestin.

- Nous ne ferons que citer les kystes wolffiens et mullériens.

ETUDE CLINIQUE

I - KYSTES MESENTERIQUES

=====

Le diagnostic clinique des kystes mésentériques est excessivement difficile, de par l'extrême variété des signes révélant cette affection.

- certains kystes du mésentère sont bien tolérés et sont découverts à l'occasion d'autopsie.

- quelquefois, le kyste est découvert par sa rupture traumatique (comme par exemple dans nos trois observations).

- assez fréquemment, le kyste se manifeste par des douleurs, soit spontanées (et dans ce cas on peut observer une douleur continue, ou bien des crises douloureuses paroxystiques) soit provoquées par un effort, un choc, etc....

- une douleur aiguë, brutale, qui révèle parfois l'affection, peut-être le reflet d'une hémorragie intra-kystique.

- d'autres signes fonctionnels, tels que constipation, vomissements, troubles de compression des voies urinaires, hémorragies intestinales, peuvent s'observer. Exceptionnellement, on a pu noter une diarrhée profuse.

- à l'examen, on peut assister, suivant la grosseur de la tumeur, à une franche augmentation de l'abdomen, ou bien au contraire, ne rien trouver à la palpation.

- cependant, le plus fréquemment on sent une masse, en général para-ombilicale, très mobile transversalement, moins verticalement. La consistance de cette masse varie suivant son contenu ; soit rénitente, soit

ferme. Son importance varie depuis la limite du perceptible (cerise) jusqu'au monstrueux (une dizaine de livres de liquide).

- c'est une tumeur mate à la percussion.

- un autre signe classique : le malade étant placé en position décline, la tumeur glisse et disparaît sous le diaphragme.

- enfin, signalons le signe de TILLAUX : il réside dans la présence d'une bande sonore à la percussion, sus-pubienne entre la matité tumorale et le pubis.

Moyens diagnostiques para-cliniques

1 - Radiographie

- soit, sans préparation ; et dans ce cas, la tumeur peut être opaque, ou bien montrer des inclusions, ou des calcifications ; un lymphangiome kystique, opaque aux rayons X, avait été pris au cours d'un premier examen scopique, pour une pièce de monnaie avalée. (Moreno de Orbe, Peña et Burgera)

- soit mise en évidence de la non appartenance de la tumeur à un organe de voisinage (intestin, rein, etc ...) par opacification de celui-ci. Nous arrivons dans ce cas à un diagnostic par élimination.

2 - La coelioscopie, qui montre directement la tumeur.

II - KYSTES MESOCOLIQUES

=====

- Du point de vue signes fonctionnels, il n'y a pas de différence notoire entre ceux des kystes mésentériques et ceux des kystes mésocoliques.

- Du point de vue signes physiques, les kystes mésocoliques sont en général moins mobiles à l'examen.

- D'autre part, ils n'entraînent qu'exceptionnellement la constitution d'un volvulus.

- Enfin, à cause de leur situation anatomique, les kystes des mésocolons ascendant et descendant sont très fréquemment pris pour des tumeurs rénales.

- On trouve dans les mésocolons les mêmes variétés de kystes que dans le mésentère.

Au terme de cette étude clinique rapide, nous constatons qu'il est très difficile d'établir un diagnostic exact pré-opératoire. C'est d'ailleurs un fait admis par tous les auteurs.

Et, pour illustrer cette difficulté, nous allons citer quelques diagnostics qui furent établis avant l'intervention, et se révélèrent erronés devant la découverte d'un kyste :

- Opération pour sténose du pylore, qui fait découvrir un entéro-kystome de la grosseur d'un poing.

- Découverte, à l'intervention, d'un entéro-kystome chez un enfant de 10 ans, opéré pour appendicite aiguë.

- Lymphangiome kystique du méso-gastro-splénique chez une fillette de 13 ans opérée pour appendicite aiguë.

- Kyste du mésocolon transverse chez un malade opéré pour tumeur néphrétique.

Il arrive aussi très facilement qu'un kyste mésentérique ou mésocolique soit pris pour un kyste de l'ovaire chez la femme.

Evolution des kystes mésentériques et mésocoliques

- Tantôt, l'évolution se fait à bas bruit et le kyste est une découverte d'autopsie.

- Tantôt l'évolution lente et progressive amène à des complications chroniques.

- ascite, quelquefois chyloforme

- subocclusion

- troubles de compression des voies urinaires
- infection, amenant quelquefois la perforation.

(H. BERG et W.CH. HECKER)

- Tantôt enfin, l'évolution s'émaille de complications aiguës
 - occlusion aiguë, par compression, par volvulus (sauf dans les cas de méso accolé, tel que normalement mésocolon ascendant, et descendant) par iléus paralytique.
 - hémorragie intra-kystique
 - rupture spontanée et traumatique.

Classiquement, un tiers des kystes se compliquent d'occlusion, et l'intervention sur ces occlusions est grévée d'une mortalité de 50 %.

TRAITEMENT

Il est uniquement chirurgical, et selon 3 modes principaux dont les 2 premiers sont les plus courants.

1 - Enucléation simple

C'est la méthode la plus satisfaisante, mais qui bien entendu ne peut s'appliquer que lorsque l'irrigation sanguine du segment intestinal correspondant paraît satisfaisante.

2 - Enucléation, plus résection de la partie intestinale menacée d'ischémie.

On est très souvent amené à adopter cette attitude car l'extraction du kyste, soit de par sa grosseur, soit de par sa position fâcheuse entraîne très fréquemment des lésions vasculaires importantes.

Lorsqu'on ne peut affirmer, à priori, l'ischémie intestinale, une solution intermédiaire consiste à extérioriser 24 heures l'anse intestinale

suspecte et, suivant son aspect au bout de ce temps, soit à la réintégrer, soit à la réséquer (P. RAZEMON).

Notons une notion classique : les kystes dermoïdes seraient plus faciles à énucler que les autres, de même que les kystes du mésocolon ascendant, d'après M.M. J. SENEQUE, M. ROUX, et J.A. BANUELOS.

3 - Marsupialisation

C'est la plus mauvaise solution (en particulier, une lymphorrhagie persistante entraîne une altération importante de l'état général (J. SENEQUE, M. ROUX, et J.A. BANUELOS)).

La ponction du kyste a une application restreinte : elle rendra service dans le cas par exemple d'un enfant en occlusion, car, en effet, l'aplatissement de la tumeur permet de rétablir le transit, et ainsi d'intervenir, dans un 2ème temps sur un malade mieux préparé.

Après cette étude générale sur les kystes mésentériques et mésocoliques, nous allons aborder l'étude du cas particulier créé par la rupture traumatique de ces kystes, et ceci à l'aide de 3 observations : une, personnelle (Hôpital de Guéret) les 2 autres étrangères, l'une anglaise, l'autre allemande.

--:-:-:-:-

OBSERVATION I : Hôpital de Guéret - Service du Dr R. BOLO.

Mr. René DES ... 24 ans.

Admis dans le service de chirurgie, le 16 Juillet 1955 pour contusion abdominale, par timon de Charrette. Le malade, auparavant, n'a jamais souffert de l'abdomen.

A son entrée, malade shocké, qui présente une douleur très vive de tout l'abdomen, sans localisation particulière.

Contracture abdominale généralisée.

La matité pré-hépatique est respectée.

Une radiographie sans préparation ne montre pas de pneumo-péritoné

Le malade reçoit un traitement déshockant et antibiotique. Le 17 Juillet, la température est à 39°. Les signes cliniques n'ont pas varié : l'intervention est décidée.

On pratique une incision médiane, à cheval sur l'ombilic. Une grande quantité de liquide d'aspect chyleux apparaît. On recherche en vain une perforation intestinale ; par contre, on découvre, près de la partie moyenne de l'intestin grêle, un dédoublement du mésentère, d'allure kystique. Une des faces de celui-ci présente une fissure d'environ 10 cm de long. La paroi de cette formation kystique rompue est épaissie et très vascularisée, et semble tapissée, par endroit, d'un tissu semblable à de la muqueuse intestinale.

On referme la fissure, non sans avoir prélevé un fragment de ce mésentère dédoublé afin de faire un examen histologique.

Fermeture en 2 plans. Après avoir laissé des antibiotiques in situ, car l'état du patient ne permet pas sans risques d'envisager une intervention plus poussée.

Après perfusions, analeptiques, cardio-vasculaires et antibiotiques, l'état général du malade s'améliore rapidement et l'apyrexie est obtenue le 7ème jour suivant l'intervention.

Voici le compte-rendu de l'examen histologique.

(Dr. M. PERROT)

"La paroi de la poche kystique comporte schématiquement une séreuse, avec une sous-séreuse très congestive, une musculieuse assez irrégulière, manquant souvent, et une tunique interne, en réaction inflammatoire subaiguë assez importante et en général bordée par des formations cholestéatomateuses renfermant de nombreux cristaux avec çà et là quelques plasmodes macrophagiques.

Sur un petit fragment, et d'ailleurs isolé sur mes préparations, on voit apparaître en outre une muqueuse dont la zone profonde présente un caractère gastrique nettement accusé, mais dont la surface comporte quelques glandes de type lilberkuhnien. Cette structure morphologique est l'un des aspects habituels des diverticules de Meckel.

Il s'agit donc d'un kyste diverticulaire (entérokystome vitellin). Du fait du traumatisme, on trouve une importante hémosidérose en certains points et des lésions inflammatoires aiguës-subaiguës banales, irrégulières, mais assez marquées.

Malgré les conseils du chirurgien qui désirait effectuer l'exérèse du kyste dans un second temps, sur un malade bien préparé, ce dernier quitte le service de lui-même, le 27 juillet.

Le 3 octobre 1955, donc 2 mois après environ, Mr. René DES ... est victime d'un accident de la route et le praticien qui l'examine trouve une nette défense abdominale. Cependant, l'authenticité de cette défense est difficile à affirmer car le malade, en état d'ivresse ne se laisse pas examiner facilement.

Adressé de nouveau dans le service, il reçoit un traitement déshockant et antispasmodique. Il présente, pendant 2 jours une élévation thermique à 38°, 38°5.

Le 6 octobre, tout est rentré dans l'ordre et, malgré les conseils réitérés du chirurgien, le malade refuse toute intervention et sort.

Enfin, le 23 Août (plus de 4 mois après la rupture traumatique du kyste) le malade, qui souffre depuis quelque temps de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite se laisse persuader par son médecin et le chirurgien, et entre dans le service pour subir l'exérèse de son kyste. Son ventre est souple et il ne présente aucun signe d'occlusion.

Le bilan général pré-opératoire est bon : apyrexie, tension artérielle à 15/7,5. La numération formule donne : 4.900.000 G.R., 11.160 G.B. dont 68 % de polynucléaires.

Intervention pratiquée le 24 Novembre : voici le compte rendu :

"On excise l'ancienne incision : on est amené à libérer de très nombreuses adhérences qui cèdent d'ailleurs facilement à la dissection. On isole le kyste du mésentère ; son volume et ses rapports obligent à pratiquer une résection du grêle d'environ 85 cm. Entérorraphie termino-terminale en deux plans : points séparés de nylon 0.0. séro-musculaires, points séparés sur la muqueuse, suture de la brèche mésentérique aux points séparés de nylon. Pendant l'intervention appendicectomie au thermocautère avec enfouissement. Avant de refermer, on laisse des antibiotiques dans la cavité abdominale et de l'huile goménolée dont on enduit les anses intestinales. Fermeture en deux plans.

Suites opératoires bonnes. Le malade sort le 8 Décembre.

-:-:-:-:-

OBSERVATION II : publiée par P.J.M. WRIGHT.

Dans le "British Medical Journal" sous le titre : Traumatic Rupture of a cyst of the Mesocolon. (1952, vol. 2, p. 761).

Cette observation relate la rupture d'un kyste du mésocolon.

Le cas rapporté présente un intérêt très particulier puisqu'il illustre à la fois la rupture traumatique d'un lobule, et la rupture spontanée probable d'un autre lobule, précédemment.

Le conducteur A. remarque d'abord une augmentation de volume de son abdomen, en Août 1950. Cette augmentation progressive l'oblige à demander un uniforme plus grand.

Quelques semaines plus tard, il présente un oedème de la jambe gauche, étiqueté thrombo-phlébite, et traité par le repos au lit. Cet oedème ne disparaît pas complètement, et, même, le malade présente 2 autres poussées avant la fin de l'année.

A part une distension épigastrique après les repas, il n'y eut pas d'autres symptômes, jusqu'en Avril 1951 où, au cours d'une permission, il fut réveillé brusquement, à 1h. du matin, par une douleur violente et continue de la région épigastrique et des deux épaules. Pas de nausées ni de vomissements. Il est admis à l'hôpital, en observation.

La douleur épigastrique diminue et disparaît en 3 jours, mais la douleur dans les épaules dure encore une semaine.

Après sa sortie de l'hôpital, il présente une anorexie sévère, et la distension épigastrique augmente. Ses selles sont régulières, mais il présente une dyspepsie importante.

Nous voyons donc, dans cette première partie de l'observation, se développer le kyste et très probablement une rupture spontanée d'un premier lobule en Avril 1951.

Voici maintenant la suite de cette observation.

En Juillet 1951, il conduisait ses chevaux à l'abreuvoir lorsqu'un des animaux lui donna un coup de pied à l'épigastre.

Il est admis au Cambridge Hospital se plaignant d'une violente douleur continue de tout l'abdomen et des deux épaules. Il n'est pas sévèrement shocké : B.P. 120/90 Pouls 100. Une marque de sabot se distingue sur l'épigastre. L'abdomen est tendu et dur, et on découvre une matité des flancs. On perçoit un frémissement liquidien, et on remarque que la matité est mobile suivant les positions du malade. Il n'y a pas de signes thoraciques pathologiques et les urines sont normales.

Une laparatomie par voie médiane sus-ombilicale est pratiquée immédiatement. On découvre une quantité considérable de liquide séreux dans la cavité péritonéale, et un énorme kyste multiloculaire du mésocolon.

Deux des lobules sont rompus, mais le reste du kyste paraît intact, et est extirpé sans difficultés. Le kyste représente approximativement le volume d'un fœtus à terme.

La convalescence se déroule sans incidents, et les jambes du malade sont maintenant de même grosseur.

-:-:-:-:-

OBSERVATION III : publiée par le Dr. GERLINDE ANDRAE.

Dans un article sur les entérokystomes in Zentralblatt für chirurgie. Vol 82, n° 6, p. 265-270, année 1957.

En Janvier 1956, une petite fille de 5 ans, Sonja T est admise dans le service. Rien de particulier dans les antécédents en dehors de ce fait : à l'âge de 6 mois, l'enfant bascule en arrière, dans les bras de son père, sans cependant tomber à terre. Quelques heures plus tard, dans la région thoracique basse, à gauche, apparaît une tuméfaction, de la grosseur d'une prune, et de couleur bleuâtre.

Cette tuméfaction est incisée, environ 10 jours après, et il en sort du sang coagulé.

A partir de ce moment, la cicatrice laisse une fistule, d'où s'écoule un liquide assez abondant, quelquefois mêlé de sang.

L'enfant se développe mal, malgré les soins reçus, son état général est mauvais, et on craint une carie costale.

Conclusion : à l'entrée, une enfant de 5 ans en mauvais état général, présente une altération locale que nous décrirons maintenant.

Dans la région sous-costale gauche, présence de l'orifice d'une fistule, de la grosseur d'une tête d'épingle, au centre d'un petit cratère de la taille d'une pièce de 10 Pfennig. La peau, alentour, présente un certain degré de macération. De l'orifice, s'écoule continuellement un liquide très clair. On sonde la fistule jusqu'à 4 cms. de profondeur.

Les examens de laboratoire ne montrent rien de notable, en dehors d'une anémie à 62 %, sans changement de l'équilibre de la formule sanguine.

La radiographie montre un remaniement ostéolytique des 6ème et 7ème côtes, en rapport avec un processus inflammatoire.

Un examen radiologique après introduction de produit de contraste dans la fistule montre : à partir de l'orifice un trajet fistulaire de

4 cms qui aboutit à une poche de la grosseur d'une prune. Une bifurcation de ce trajet conduit vers les 6ème et 7ème côtes.

A partir de la poche, le produit de contraste file par un autre trajet fistulaire vers la ligne médiane, en face de la colonne vertébrale. Le produit de contraste dessine alors une image constituée de tâches et de raies, que l'on considère comme l'image radiologique de la queue du pancréas.

En effet, le produit de contraste continue vers la droite, par une série de chemins filiformes, pour se réunir finalement en un canal principal, qui correspond au canal pancréatique.

En suivant toujours l'index opaque, on voit le canal principal se diviser en 2 canaux, dont un plus important que l'autre en diamètre et, enfin, on voit la portion descendante du duodénum s'opacifier.

On pense à un kyste de la queue du pancréas rompu, et on décide d'intervenir, après une préparation opératoire très soignée.

Le Professeur Dr. FELIX pratique une laparotomie sous-anesthésie avec intubation.

Il excise la fistule et réussit à extirper une formation kystique mésocolique, de la grosseur d'une noix, après avoir libéré de nombreuses adhérences qui la relie à la paroi abdominale, à l'estomac, au colon transverse, et à la queue du pancréas.

Une analyse anatomo-pathologique par le Prof. Dr. KETTLER confirme le diagnostic d'entérokystome (présence d'un épithélium d'intestin primitif avec des cellules cubiques et cylindriques).

Les suites opératoires furent sans incidents. Six mois après, l'enfant avait repris du poids, présentait un bon état général. La cicatrice était parfaite, les côtes avaient repris un aspect radiologique normal.

En résumé, il s'agissait d'un entérokystome mésocolique qui, par sa petite taille et son siège, ne provoquait aucun signe clinique particulier. Mais, à l'occasion du traumatisme constitué par cette chute en arrière, le kyste mésocolique se rompt, ainsi que des vaisseaux sanguins, vers la paroi

abdominale. Il se forme un hématome pariétal qui, incisé, constitue la communication du kyste avec l'extérieur et la création de la fistule.

Quant à la relation entre le kyste et la queue du pancréas, on ne peut l'expliquer catégoriquement. On ne peut pas établir s'il y avait un rapport primaire entre le kyste et les canaux pancréatiques, ou bien s'il y a eu un rapport secondaire, soit par le fait d'une rupture simultanée du kyste vers le pancréas et vers la paroi abdominale, soit par le fait d'une réaction inflammatoire entre le kyste et le pancréas, avec perforation.

---:---:---:---:---

CONCLUSIONS

- De notre observation personnelle et des deux autres relevées dans la littérature, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1 - Le kyste méésentérique ou mésocolique constitue une affection que le chirurgien rencontre rarement. Mais la rupture traumatique qui en est une complication rare ne se voit qu'exceptionnellement. Ce fait constitue une partie de l'intérêt de ce travail.

2 - Le traumatisme peut révéler le kyste méésentérique ou mésocolique, car la rupture, par ses conséquences pathologiques amène toujours, tôt ou tard, à intervenir. Il fait ainsi découvrir le kyste qui était, soit complètement latent, soit non diagnostiqué malgré ses manifestations antérieures. En effet, nous avons vu que le diagnostic clinique de kyste méésentérique ou mésocolique est très difficile.

3 - La rupture traumatique amène toujours donc, à une intervention chirurgicale qui, pour être efficace devra extirper complètement le kyste.

Mais, bien que la rupture soit une complication brutale du kyste, elle n'implique pas l'intervention radicale immédiate.

En effet, si, comme dans notre observation, l'état du malade ne permet pas un séjour prolongé sur la table d'opération, il n'y a pas d'inconvénient majeur à parer au plus pressé (évacuation du contenu kystique, désinfections, fermeture de la brèche) et à intervenir radicalement dans un 2ème temps lorsque l'état général du malade s'est amélioré.

4 - Nous avons vu, dans les 2 observations étrangères, que la rupture de kyste fut tolérée longtemps, aux dépens il est vrai de l'état général du malade. Il est intéressant de noter que même rompu, s'il ne s'accompagne pas de signes cliniques graves amenant à l'intervention immédiate, le kyste méésentérique ou mésocolique, de diagnostic déjà difficile lorsqu'il est intact, continue à dérouter le clinicien.

5 - Même une exploration radiologique directe et complète ne permet pas d'affirmer le diagnostic (cas du Dr. ANDRAE).

En résumé, la rupture traumatique de kyste méésentérique ou mésocolique; bien que complication aiguë (et souvent révélatrice) est parfois bien supportée, et l'intervention ne paraît pas comporter un risque vital important ; en effet, il est possible de temporiser et ainsi de préparer le malade, ce qui permet d'intervenir dans des conditions relativement bonnes.

---:---:---:---:---:---:---:---

Vu, le Président de Thèse :

Professeur MOULONGUET-DOLERIS

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur L. BINET

Vu, et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris :

J. SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

ANDRAE G. (Berlin) :

Sur l'entérokystome.

Zentralblatt für chirurgie, Vol 82, n° 6.

9 Février 1957 p. 265-270.

AUPINEL et DAVIDE :

Kyste de l'épiploon gastro-splénique.

Mémoires de l'académie de chirurgie, n°24, 25, 26

23 Octobre 1946 p. 449-450.

BALDELLI B. :

Kyste chyleux du mésentère

Annali italiana di chirurgica

1959 Vol. 33, Fasc. 12 p. 1092-1100.

BERG H. et HECKER W.CH.

Entérokystome atteint d'infection à Pasteurella
pseudo-tuberculeuse et perforé.

Zentralblatt für chirurgie, Vol. 81, N° 48.

8 Décembre 1956, p. 2483-2488.

DECHEN J. :

Un kyste géant du mésentère

Mémoires de l'Académie de chirurgie

N° 33 et 34, 21 déc. 1955. p. 1030-1031.

FRANK P. :

Sur l'entérokystome
Beitrag zur Klinischen chirurgie
t. 184 4 1952 p. 445-450.

GIROUD A. et LELIEVRE A. :

Eléments d'Embryologie Edit. LEFRANCOIS.

HEPP J. :

Affections du péritoine
in Nouveau précis de pathologie chirurgicale
Edit. Masson.

LEURET J. :

Occlusion du grêle par kyste du mésentère.
Mémoires de l'Académie de Chirurgie
N° 1, 2, 3. 24 Janv. 1945 p. 28-30.

MASSA :

Contribution à la connaissance des kystes
entéroïdes du mésentère.
Giornale di clinica medica an 50 fasc 7
p. 595-605.

MENDILLO ANTHONY J. et LOWMAN ROBERT M.

LEVIN L. WATERS et HOWARD W. STANLEY.

Kystes chyleux du mésentère
The journal of the international college of
Surgeons.
Vol. 18, N° 3. Sept 1952 p. 265-290.

MILROY Paul :

Kystes du mésentère
The British journal of Surgery
Vol. 35, n° 139, Jan 1948 p. 308 à 311.

MOIROUD P., LAMY J., BOURDONCLE, GAMBARELLI J.

Volumineux kyste dermoïde du mésentère.

Marseille chirurgica, an 3, N°1, Janv -
Fev 1951 p. 80-83.

MORENO de ORBE, PENA J., et BURGUERA B.

Un cas de kyste du mésentère

Revista Española de Pediatría

t. 12, 1956, N° 4, p. 519-528.

RAZEMON P. 3

Kystes chyleux du mésentère compliqué d'occlusion
par volvulus.

Lille chirurgial, an 1, 1948, N°1 pages 23-27.

RICARD A. et GIGNOUX R. :

Kyste entéroïde para-rectal

Lyon chirurgical, t, 43, N° 2, Mars-Avr 1948,
p. 236-237.

RIVES J. et MORAND :

Une tumeur abdominale de localisation exceptionnelle : le kyste du mésocolon transverse.

Presse Médicale 1957, N° 40, p. 938.

(Sté de Chir. d'Alger).

RIVES J. :

Kyste du mésocolon transverse

Presse médicale 1958, N° 27, p. 611.

(Sté de Chir. d'Alger).

ROUVIERE H. :

Anatomie humaine

Masson édit.

SARNI F. Caesar :

Kyste mésentérique chez un enfant de 10 ans.
The journal of international college of Surgeons
Vol. 21 N° 1 Janv. 1954 p.118-120.

SENEQUE J., ROUX M., BANUELOS J.A.

Les kystes du mésocolon ascendant.
Journal de chirurgie t 71, N° 12, Déc. 1955
p. 925-934.

TESTAS M. :

Lymphangiome kystique du mésocolon ascendant.
Mémoires de l'Académie de Chirurgie N° 12-13
25 Avril 1956. p. 388-390.

WRIGHT P. :

Traumatic rupture of a cyst of mésocolon
Bristish Medical Journal 1952 Vol. 2 p. 761.

ZANETTI L. :

Les kystes du mésentère
Minerva Chirurgica, an 7, N° 15, Août 1952
p. 563-569.



AGEMP
POLYCOPIE

8, rue Dante
PARIS-Ve

Téléphone : ODéon 58-90